

ПРОФИЛИ ММРІ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

Жебеняев В.А., Шерстнева Е.А., Рутковский Е.Р.
***УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»***

В структуре психической патологии депрессивного спектра возрастает удельный вес депрессий непсихотического уровня, в развитии которых ведущая роль отводится психоэмоциональному стрессу и индивидуальной личностной уязвимости [1,2]. Данные расстройства могут приводить к злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами, а также к суициду. Для прогнозирования течения и подбора адекватного лечения при психогенных депрессивных расстройствах необходимо учитывать не только особенности их клиники, но также личность, на базе которой и в результате дезадаптации которой формируются данные расстройства [3,4]. Однако исследований, посвященных изучению особенностей личности при психогенных депрессиях в континууме от самых легких вариантов до развернутых клинических форм с учетом патоморфоза клинической картины проведено недостаточно.

В связи с вышеизложенным, целью данного исследования явилось изучение личностных особенностей у пациентов с различными клиническими вариантами психогенных депрессий.

Материал и методы.

Работа была проведена на базе Витебской областной клинической психиатрической больницы и Витебского областного психоневрологического диспансера. Объектом исследования были выбраны 82 пациента зрелого возраста, впервые обратившиеся за психиатрической помощью, с клинической картиной депрессивных реакций и состояний, спровоцированных психоэмоциональным стрессом. Отбирались пациенты, не имевшие клинически значимой соматоневрологической патологии. Исключались больные с биполярным аффективным расстройством и рекуррентными депрессиями, депрессиями соматогенного происхождения, психическими расстройствами в рамках органического поражения ЦНС и шизофренией, а также люди с непатологическими адаптационными реакциями.

Клиническая оценка психического состояния пациентов осуществлялась с использованием клинико-психопатологического

метода с применением критериев современной классификации болезней МКБ-10. Для дополнительной оценки выраженности и структуры депрессии использовалась 21-пунктовая шкала депрессии Гамильтона.

Изучение индивидуально-психологических особенностей пациентов осуществлялось при помощи стандартизированного многофакторного метода исследования личности СМИЛ (русскоязычный адаптированный вариант опросника ММР1).

Результаты были обработаны статистически с использованием программы STATISTICA 6.0 с применением критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение.

При клиническом анализе все случаи психогенной депрессии были систематизированы типологически в три группы.

В первую группу (25 человек) вошли пациенты, состояние которых по клинической картине соответствовало критериям депрессивной реакции в рамках диагноза расстройства адаптации. Клиническая симптоматика данных пациентов отличалась нестабильными симптомами депрессивного реагирования, не достигавшими уровня депрессивного эпизода.

Во вторую группу (14 человек) вошли пациенты с клиникой прогнанированных субсиндромальных симптоматических депрессий. Их отличие от пролонгированных депрессивных реакций заключается в стабильности депрессивных симптомов, которые не достигают порогового значения депрессивного эпизода. Клинические особенности субсиндромальных симптоматических депрессий проявлялись в том, что реактивный симптомокомплекс в меньшей степени выступает на первый план, чем вялость, анергия, гипогедония, фиксация на различных соматопсихических ощущениях. На наш взгляд данной клинической группе наиболее соответствует описание "депрессии истощения" P. Kielholz [5].

В третью группу (43 человека) вошли пациенты, у которых был диагностирован легкий или умеренный депрессивный эпизод по МКБ - 10. В данных случаях развивались депрессии, в которых собственно реактивный симптомокомплекс осложнялся другими симптомами депрессии. Идеи вины и самоупреки выходили за рамки переживаний, связанных с перенесенным психоэмоциональным стрессом и генерализовались с отрицательной оценкой своей жизни, переживанием безысходности и беспомощности.

Результаты исследования по тесту СМИЛ показали, что для 1 группы по сравнению с контрольной группой характерны более высокие значения по шкалам 1 (невротический сверхконтроль)

($p < 0,05$), 2 (пессимистичность) ($p < 0,01$), 3 (эмоциональная лабильность) ($p < 0,05$), 6 (ригидность) ($p < 0,05$), 7 (тревожность) ($p < 0,05$). Для 2 и 3 клинической группы характерны более высокие значения по шкалам 1, 2, 3, 6, 7, 8, что отражает значительную социально-психологическую дезадаптацию личности. Профиль СМЛ II группы отличался от профиля III группы более низкими значениями по шкале 2 (пессимистичность), а также более высокими значениями по шкале 6 (ригидность).

Известно, что депрессивный тип реагирования вовсе не является универсальной и сугубо обязательной реакцией на психотравму и развивается на почве определенной предрасположенности. Поэтому подъем профиля по 2-й шкале выявляет у обследуемых 2 и 3 клинических групп не только пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, но и личностные особенности - склонность к острому переживанию неудач, к волнению, повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, неуверенность в себе.

Известно, что тест СМЛ позволяет судить о степени дезадаптации личности [50]. Плавающий профиль, в котором большинство шкал расположено выше верхней границы нормы, свидетельствует о состоянии общего стресса, в котором напряжены множественные компенсаторные функции психической деятельности, направленные на нивелировку дезадаптации. Хотя при этом психическая напряженность увеличивается, прогностически такие показатели более перспективны в плане нормализации состояния. Однако клиническая симптоматика пациентов 3 группы была значительно более выраженной, чем у пациентов 2 группы, у которых депрессивные расстройства протекали на субсиндромальном уровне, что позволяет предположить, что у пациентов 2 группы данный профиль в большей степени характерен для преморбидной личности, изначально склонной к дистимическим реакциям.

Выводы.

Таким образом, было показано, что особенности личности при расстройствах адаптации характеризуются в целом более благоприятным профилем ММРІ с высокой пессимистичностью, тревожностью, ригидностью и невротическим сверхконтролем, для депрессивных эпизодов и субсиндромальных симптоматических депрессий характерен плавающий профиль ММРІ, свидетельствующий о значительной дезадаптации личности.

Литература:

1. Семке В.Я., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. Аффективные расстройства. Научно-практическое издание. – Томск: Изд-во Том. уни-та, 2004 – 234 с
2. Шостакович Б.В., Потапов С.А. Психогенные депрессии: патоморфоз и современные особенности клиники. // Международный медицинский журнал. №1, 2000, 332-337.
3. Шпикалов А Ю. Расстройства адаптации у безработных граждан г. Москвы (вопросы клиники, терапии, реабилитации и психопрофилактики) Автореферат дисс. канд. мед. наук. Москва – 2001.
4. Brems, C Depression and personality disorder: differential diagnosis with the MMPI J Clin Psychol 1991 Sep;47(5):669-75.
5. Kielholz P. Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder Schweiz. med. Wschr. - 1957 - 87.- 90.